



Solicitud Documentación Clínica Hospital CIMA

Parte de Bupa

Datos del paciente:

D/Dña _____ con DNI, NIE o Pasaporte¹ _____
 Fecha de nacimiento _____ Domicilio a efectos de notificación _____
 Nº _____ Piso _____ Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____ Teléfono _____
 Correo electrónico _____

Datos del solicitante (no rellenar si es el paciente)

D/Dña _____ con DNI, NIE o Pasaporte¹ _____
 En calidad de _____ Teléfono _____

Solicita (marque con una X)

Informes (especifique cuales) _____

*Si usted precisa informes de consultas, debe solicitárselos al especialista correspondiente.

Pruebas radiológicas (radiografías, ecografías, etc.) _____

Otros _____

Firma del paciente (mayor de 14 años) o solicitante:

Firma:	Fecha:
	En _____, a _____, de _____, de _____

¹ Esta solicitud debe dirigirse por el interesado o su representante legal, por cualquier medio que permita acreditar el envío y la recepción de la solicitud, al Hospital CIMA, Servicio de Documentación Clínica en Paseo Manuel Girona, 33. 08034. Barcelona, junto con copia del DNI, NIE o Pasaporte en vigor.

En un plazo máximo de 30 días desde la recepción de su solicitud, nos pondremos en contacto para dar respuesta a su solicitud.

Protección de mis datos de carácter personal. Declaro estar informado de que Sanitas S.A. de Hospitales tratará los datos de carácter personal recogidos en la presente autorización como responsable del tratamiento (en adelante, los "Datos Personales") con los fines recogidos en la presente autorización y en base al consentimiento que por la presente otorgo, además de para el cumplimiento de cualquier obligación legal que pueda ser aplicable a Sanitas, en base a la necesidad del tratamiento de los Datos Personales para dicho cumplimiento. Sanitas no comunicará los Datos Personales a terceros para su utilización para sus propios fines, a excepción que las Administraciones públicas u otros organismos legales en el ejercicio de sus competencias que pudieran requerir dichos datos a Sanitas, o si dicha cesión es estrictamente necesaria para el cumplimiento de las finalidades reflejadas en este documento. Sanitas podrá dar acceso a los Datos Personales a terceros que presenten garantías suficientes, siempre que sea necesario para la ejecución de las finalidades referidas en este documento. En caso de requerir estos accesos transferencias de los Datos Personales fuera del Espacio Económico Europeo, Sanitas garantiza la adopción de medidas y garantías conforme a la normativa (más información en www.sanitas.es/RGPD, apartado "Transferencias Internacionales") Sanitas conservará los Datos Personales el tiempo necesario para el correcto desarrollo de las finalidades referidas, siempre y cuando esta autorización no sea revocada. Declaro estar informado de que puedo ejercitar por escrito mis derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad, limitación del tratamiento y, en su caso, no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, así como revocar el consentimiento otorgado. Dichos derechos podrán ser ejercitados mediante solicitud escrita y firmada, acompañada de copia de mi DNI o documento equivalente que acredite mi identidad, dirigida a la atención del equipo de Privacidad a la siguiente dirección portal: Calle Ribera del Loira nº 52, 28042, Madrid, España; la siguiente dirección de correo electrónico: docclinicahosp@sanitas.es. También puedo dirigirme al Delegado de Protección de Datos de Sanitas a través de la dirección de correo electrónico: dpo@sanitas.es. Asimismo, puedo presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). Declaro estar informado de que puedo consultar información adicional sobre el tratamiento de mis datos de carácter personal en www.sanitas.es/RGPD.

Entrega de la documentación

Aviso al paciente o solicitante:	Recibido y conforme
	Nombre del paciente o persona autorizada:
Fecha aviso:	Fecha:
	Firma:

Autorización expresa para la recogida por parte de una persona distinta al paciente

Paciente:

Nombre: _____

Apellidos: _____

Con D.N.I.: _____

Solicitante (si es persona distinta al paciente):

Nombre: _____

Apellidos: _____

Con D.N.I.: _____

En calidad de: _____

Autorizo a:

Nombre: _____

Apellidos: _____

Con D.N.I. _____

A recoger copia de la documentación clínica solicitada en fecha _____

Firma del paciente (mayor de 14 años) o solicitante

Firma persona autorizada

Instrucciones para el acceso a la documentación de la historia clínica

Si usted es el paciente:

- Recuerde llevar consigo **DNI, NIE o Pasaporte original en vigor.**

Si usted es familiar o representante legal:

- **Autorización** del paciente (a partir de los 14 años) en la que haga constar los datos del paciente, datos del solicitante (si es persona distinta al paciente) y los datos de la persona autorizada.
- Fotocopia **DNI, NIE o Pasaporte en vigor del solicitante** y fotocopia del **DNI, NIE o Pasaporte en vigor del paciente.**
- En caso de **menor de edad**, fotocopia del **libro de familia o documento que acredite la representación legal.**
- Recuerde llevar consigo **DNI, NIE o Pasaporte original en vigor.**

En caso de solicitar documentación de un **paciente fallecido:**

- Fotocopia del **Libro de Familia / Declaración de herederos / Inscripción en registro parejas de hecho.**
- En caso de que el paciente haya **fallecido fuera del centro/hospital** en el que usted realiza la solicitud, **fotocopia del certificado de defunción o fotocopia hoja de baja del registro civil.**
- Fotocopia del DNI, NIE o Pasaporte en vigor del solicitante (persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente).